特殊教育Medicaid举措(SEMI)家长同意书

_____学区

本学区参加了特殊教育Medicaid举措（英文名称为Special Education Medicaid Initiative，简称SEMI）计划，可以向Medicaid收取为学生提供服务的费用。

根据家庭教育权利和隐私法案34 CFR 999.30以及IDEA B部分的第617节，34 CFR §300.622中对同意的规定要求在获取公共福利之前获得一次性同意。

根据本同意书，学区可以出于得到Medicaid给付的目的，向Medicaid和财政厅披露您子女的身份识别信息，例如学生记录或向您子女所提供服务的相关信息，包括您子女的个人化教育计划(IEP)中规定的评估与服务（职能治疗、物理治疗、言语治疗、心理辅导、听力、护理和专业运送）。

作为该儿童的下述家长/监护人，我特此同意按上述方式披露信息，而且我了解并同意Medicaid可能获得我子女或我本人的公共福利或公共保险，以按照第300部分支付特殊教育或相关服务（IDEA项下的服务）费用。我了解，无论我是否有资格享受Medicaid或是否同意SEMI收费，学区都必须按照我子女的IEP向他或她提供服务。

我了解，学区收取这些服务的费用并<u>不会</u>影响我在学校之外为我子女获得这些服务的能力，也不会让我的家庭承担任何费用，包括共付额、免赔额、失去资格或影响终生福利。

儿童姓名：_____

儿童出生日期：_____/_____/_____

家长/监护人：

_____

日期：_____/_____/_____

我同意收取SEMI费用：　　是　☐
　　否　☐

可以随时通过书面联系您子女的个案主管或您子女就读学校的行政管理人员，撤回本同意书。

2017 年 10 月